

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1949

423

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

Présentée et soutenue publiquement le

PAR

MORER Georges-Gaudérique-Maxime-Etienne

né le 16 octobre 1918

à Rivesaltes (Pyrénées-Orientales)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

**La gastrectomie avec implantation gastro-duodénale
termino-terminale au bouton anastomotique
(Opération de Péan au bouton)**

Travail du Service du Docteur Louis HOUDARD (Hôpital Tenon)

Président : M. SÉNÈQUE, Professeur

1949
PARIS

LIBRAIRIE ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1950

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du candidat : **MORER.**

Prénoms : **Georges-Gaudérique-Maxime-Etienne.**

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

MORER (Georges - Gaudérique-Maxime-Etienne). — La gastrectomie avec implantation gastroduodénale termino-terminale au bouton anastomotique. Opération de Péan au bouton. — *Paris, Librairie Arnette, 1950, in-8° r., 64 p.*

(*Th. Méd. (Et.), Paris, 1949, N°*).

MORER (Georges - Gaudérique-Maxime-Etienne). — La gastrectomie avec implantation gastroduodénale termino-terminale au bouton anastomotique. Opération de Péan au bouton. — *Paris, Librairie Arnette, 1950, in-8° r., 64 p.*

(*Th. Méd. (Et.), Paris, 1949, N°*).

MORER (Georges - Gaudérique-Maxime-Etienne). — La gastrectomie avec implantation gastroduodénale termino-terminale au bouton anastomotique. Opération de Péan au bouton. — *Paris, Librairie Arnette, 1950, in-8° r., 64 p.*

(*Th. Méd. (Et.), Paris, 1949, N°*).

MORER (Georges - Gaudérique-Maxime-Etienne). — La gastrectomie avec implantation gastroduodénale termino-terminale au bouton anastomotique. Opération de Péan au bouton. — *Paris, Librairie Arnette, 1950, in-8° r., 64 p.*

(*Th. Méd. (Et.), Paris, 1949, N°*).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1949

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

Présentée et soutenue publiquement le

PAR

MORER Georges-Gaudérique-Maxime-Etienne

né le 16 octobre 1918

à Rivesaltes (Pyrénées-Orientales)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

**La gastrectomie avec implantation gastro-duodénale
termino-terminale au bouton anastomotique
(Opération de Péan au bouton)**

Travail du Service du Docteur Louis HOUDARD (Hôpital Tenon)

Président : M. SÉNÈQUE, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1950

DOYENS HONORAIRES (1) :

MM. Balthazard, Baudouin

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Brindeau, E. Brumpt, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, Delbet, Guillaïn, Hartmann, Heitz-Boyer, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lhermitte, Lœper, Marion, Mathieu, Mulon, Ombrédanne, Rouvière, Sannié, Sébilleau, Sézary, Tanon.

DOYEN.....

Léon BINET.

Membre de l'Institut.

ASSESSEUR.....

Jean VERNE.

I. - PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	OLIVIER.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Assistance médico-sociale.....	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie.....	DONZELOT.
	BROCQ.
Cliniques chirurgicales	CADENAT.
	MONDOR.
	QUÉNU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie.....	N...
Clinique chirurgicale orthopédique	MERLE D'AUBIGNE.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants.....	DEBRE (R.).
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale.....	DELAY.
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER.
Clinique des maladies du système nerveux.....	ALAJOUANINE.
	BENARD (H.).
Cliniques médicales	LAROCHE (G.).
	HARVIER.
	LIAN.
Clinique médicale propédeutique.....	PASTEUR VALLERY-RADOT.
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS.
	LANTUEJOUL.
Cliniques obstétricales	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (Ch. a t. pers.)	RICHET.
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER.
Clinique de puériculture	LELONG.
Clinique stomatologique	DECHAUME.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SÈNEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	CHABROL.
Clinique de la tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique urologique	FEY.
Embryologie	GIROUD.



(1) Personnel au 1^{er} janvier 1949.

	MM.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BARIÉTY.
Histologie	CHAMPY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	JUSTIN - BESANÇON (L.).
Hygiène et clinique de la première enfance.....	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive.....	JOANNON.
Médecine du travail	DESOLLE.
Médecine légale	PIÉDELIEVRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	GALLIARD.
Pathologie chirurgicale	DE GAUDART D'AL- LAINES.
Pathologie exotique	LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LEMAIRE.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales.....	DE GENNES.
Pharmacologie et matière médicale.....	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Physique médicale	STROHL.
Radiologie médicale	DESGREZ (Henri).
Rhumatologie	COSTE.
Technique chirurgicale	MOULQUET.
Thérapeutique	TURPIN.

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. BULLIARD (*Histologie*), CORDIER (*Anatomie*),
DOGNON (*Physique médicale*),

HALPHEN (O. R. L.), JAYLE M. (*Chimie médicale*), M^{lle} J. LÉVY (*Pharmacologie*)

II. - AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie	N... DELMAS. N... ff DEBEYRE	Ophthalmologie	OFFRET.
Anatomie patholog. ...	DELARUE. M ^{lle} GAUTHIER- VILLARS.	Oto - rhino - laryngo- logie	AUBIN.
Bactériologie	BONNET. FASQUELLE.	Parasitologie	BRUMPT (L.).
Biochimie médicale ..	ETTORI. SCHAPIRA.		FEVRE HUGUIER.
Dermato-Syphiligraph.	DEGOS.		LEGER.
Histologie	COUJARD DESCLAUX.	Pathologie chirurg. ...	PADOVANI. PATEL. ROUX. RUDLER. SICARD. N...
Hydrologie	DEBRAY.		
Hygiène	BOYER. DEPARIS.	Pathologie expérim...	MERKLEN.
Médecine du travail.	DEROBERT.		BRÔUET. CACHERA. DECOURT.
Neuro-chirurgie	PUECH.		DREYFUS (G.) FAUVERT. GARCIN. HAMBURGER. KOURILSKY.
Neurologie	DE SÈZE. DIGONNET. MAYER. VARANGOT. SUREAU.	Pathologie médicale..	
Obstétrique			

	MM.		MM.
Pathologie médicale .	LAMY.	Physiologie	BARGETON.
	LENEGRE.		PARROT.
	MARCHAL.		DJOURNO.
	MAURIC.		BARUK.
	SOULIE.	Physique médicale ..	
Pédiatrie	LAPLANE.	Psychiatrie	BROUET.
	MARIE (Julien)	Thérapeutique (Agr. ch. d'ens.)	COUVEIR
Pharmacologie	CHEYMOL.	Urologie	

III. - PROFESSEURS HONORAIRES ET AGRÉGÉS RAPPELÉS À L'EXERCICE pour le service des examens

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*),
GATELLIER (*Clinique chirurgicale*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*),
LE LORIER (*Obstétrique*), VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale.	AMELINE.	Clinique médicale....	BOULIN.
	FUNCK-BRENTANO.		HAGUENAU.
	MENEGAUX.		MOUQUIN.
		Clinique obstétricale .	ECALLE.
			LACOMME.
		Clinique ophtalmologique .	RENARD.

MM.
Secrétaire de la Faculté..... J. MOREL.
Secrétaire-adjoint..... M^{lle} CHAINTREUIL.

Bibliothécaire en Chef..... D^r A. HAHN.
Bibliothécaires M^{lles} DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN SÈNÈQUE

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital de Vaugirard

*Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

Hommage respectueux.

A NOS MAÎTRES

MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS HOUDARD

Chirurgien Honoraire des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR ROBERT JUDET

Chirurgien des Hôpitaux

*Qui nous ont inspiré ce travail et dont
l'amitié nous a permis de le mener à bien.*

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

EXTERNAT

M. LE DOCTEUR ADOLPHE BRÉCHOT.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RAOUL BOULIN.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARCEL BRULÉ (*in memoriam*).

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JULIEN MARIE.

INTERNAT

M. LE DOCTEUR PAUL BANZET.

M. LE DOCTEUR LOUIS HOUDARD.

M. LE DOCTEUR ANDRÉ BERGERET.

M. LE PROFESSEUR BERNARD FEY.

Il peut paraître superflu de présenter une nouvelle technique de gastrectomie, simple modification d'un procédé opératoire connu. D'autre part, les nombreux travaux qui ont été publiés récemment ont éclairé divers aspects du problème des gastro-duodénorrhaphies. Nous ne retracerons pas ici l'histoire de ce mode d'anastomose par lequel la gastrectomie trouva sa première réalisation, et les noms de PÉAN, RYDYGIER et BILLROTH, plus près de nous ceux de PAUCHET et KOCHER, sont trop connus pour éprouver le besoin d'un rappel.

Pas davantage, nous ne chercherons les causes de la défaveur où était tombée cette intervention, car de nombreux auteurs, et notamment MM. D'ALLAINES et MIALARET à Paris, SANTY à Lyon, ont montré que les principaux griefs qui lui étaient adressés étaient sans fondement ; cependant qu'ils mettaient en lumière les avantages qu'on pouvait espérer d'un tel procédé d'anastomose, en insistant surtout sur la qualité des résultats fonctionnels. Il nous semble donc inutile de revenir sur certains points de vue qui échappent maintenant à la critique, et nous nous sommes proposé de mettre l'accent sur un point de technique plus familier aux Lyonnais qu'aux Parisiens : l'emploi du bouton anastomotique dans le rétablissement de la continuité après gastrectomie. Nous le présenterons sous la forme que lui a donnée, dans le service de notre Maître le docteur Louis HOUDART, notre Maître et Ami le docteur Robert JUDET. Egalement, nous désirons attirer l'attention sur certaines particularités concernant son emploi, qui ne nous ont pas paru toujours exposées de façon très explicite.

S'il n'y jouit pas d'une grande réputation, le bouton anastomotique est employé cependant depuis longtemps à Paris, servant notamment à la réalisation d'anastomoses iléo-coliques, d'entérorraphies, et de dérivations gastro-jéjunales. A notre connaissance, il n'y avait pas encore été utilisé pour terminer une gastrectomie.

Or, c'est au niveau du segment gastro-duodénal que la technique du bouton anastomotique présente des particularités qu'il faut bien connaître, sous peine de s'exposer aux pires déconvenues. Elles découlent, pour la plupart, de ce fait que, à l'encontre de ce qui se passe généralement pour les autres anastomoses digestives, exécutées à distance des tissus malades, l'anastomose gastro-duodénale est réalisée parfois aux dépens de zones proches des lésions qui ont motivé la gastrectomie. Et, d'autre part, les organes en cause sont relativement peu mobilisables, ce qui expose l'anastomose à une certaine tension. Or, il se trouve que si le bouton pallie très bien l'inconvénient d'une tension modérée, par contre, la première circonstance diminue parfois beaucoup la tolérance des tissus pour cet instrument. C'est à la méconnaissance de ce fait qu'il faut attribuer quelques déboires qui ne sont en aucune manière imputables à la méthode, mais à la façon dont elle a été employée.

Instruit par l'expérience d'une centaine d'opérations, il nous a paru utile d'attirer l'attention sur des dangers contre lesquels on n'est pas toujours suffisamment mis en garde.

Périls d'autant plus graves qu'ils se dissimulent sous le masque de la plus trompeuse sécurité. Pour qui sait les éviter, par une connaissance précise des contre-indications de ce procédé, celui-ci constitue une technique sûre, qui, bien exécutée, procure d'excellents résultats.

Nous avons eu quelques échecs. Ils étaient dus à notre inexpérience en matière d'anastomose au bouton, inexpérience assez commune à Paris. Et c'est précisément cette raison qui nous a déterminé à publier ce modeste travail.

II

Nous ferons état de 136 observations.

La première intervention pratiquée dans le service, selon la méthode de PÉAN, n'interviendra pas dans cette étude, car elle a été exécutée à la suture. Le résultat éloigné fut, comme les suites opératoires, excellent. Mais, en fin d'intervention, nous n'avions pu nous soustraire à l'appréhension d'une mise en tension des sutures. C'est pourquoi la deuxième gastro-duodénorrhaphie fut effectuée selon la technique décrite par M. SANTY, à la page 20 et suivantes du tome 38 du *Lyon Chirurgical*. Les suites furent également très bonnes ; nous ne retiendrons pas non plus cette observation.

Ce malade une fois opéré, le docteur Robert JUDET, considérant que dans les deux cas précédents le duodénum venait au contact du moignon gastrique beaucoup plus facilement qu'on ne l'avait prévu au début de l'opération, jugea plus simple de sectionner l'estomac avant de réaliser l'anastomose et d'insérer le bouton dans la partie inférieure de la tranche de section gastrique ; ainsi on faisait une anastomose à la Péan, au lieu que le procédé de M. SANTY fait une nécessité de l'anastomose à la Kocher.

Nous constatâmes alors qu'on arrivait très facilement à ses fins au prix d'une tension modérée, et nous vîmes, comme décrit :

«...le duodénum suivre docilement le moignon gastrique dans son mouvement de retrait vers l'hypochondre. »

Après quelques tâtonnements, des modifications dictées par des incidents survenus dans les suites opératoires furent apportées, et la technique mise au point. Nous étudierons plus

loin ces faits qui n'eurent, en définitive, pas de suites fâcheuses. Mais la connaissance des indications précises de la méthode ne nous fut donnée que plus tard, la simplicité de l'intervention et les excellents résultats qu'elle nous procurait nous ayant encouragé à la pratiquer dans tous les cas d'exérèses gastriques.

Nous reviendrons en détail, dans des chapitres spéciaux, sur les accidents ou incidents, en nous efforçant de les analyser pour en montrer la cause et les moyens qui nous ont permis, par la suite, de les éviter.

TECHNIQUE

Nous utilisons le grand bouton de Villard, d'un diamètre de 26 mm.

Chacun conduit l'intervention selon son habitude jusqu'au temps de section duodénale.

L'implantation gastro-duodénale au bouton étant jugée possible, le duodénum, dont les courbures ont été bien libérées et dépouillées, est serré modérément dans un clamp, sectionné de façon à laisser 1,5 à 2 cm libres, et on prépare la bourse qui sera serrée sur la moitié femelle du bouton.

Nous utilisons, pour sa confection, le point de surjet qui enjambe la tranche de section. Les deux brins doivent reprendre leur liberté au niveau du bord inférieur, faisant issue respectivement de part et d'autre de la paroi duodénale, l'un s'échappant par la face muqueuse, l'autre sortant par la face séreuse de l'organe. Pour l'exécution de ce temps, nous nous servons de l'aiguille de Reverdin intestinale ou de celle de Bergeret, en employant du fil de lin n° 1, dont le chirurgien aura lui-même vérifié la solidité au préalable.

Au début, nous passions chaque point séparément, mais nous avons très vite abandonné cette façon de faire pour employer uniformément le procédé qui consiste à charger d'un seul coup, en trois ou quatre points, sans retirer l'aiguille, un quart de la circonférence de la bouche. Il suffit de prendre garde à piquer la muqueuse près de sa section, en assurant toutefois une prise suffisante pour éviter les dilacérations. Nous avons adopté, pour exécuter ce temps, un ordre simple que nous indiquons ici :

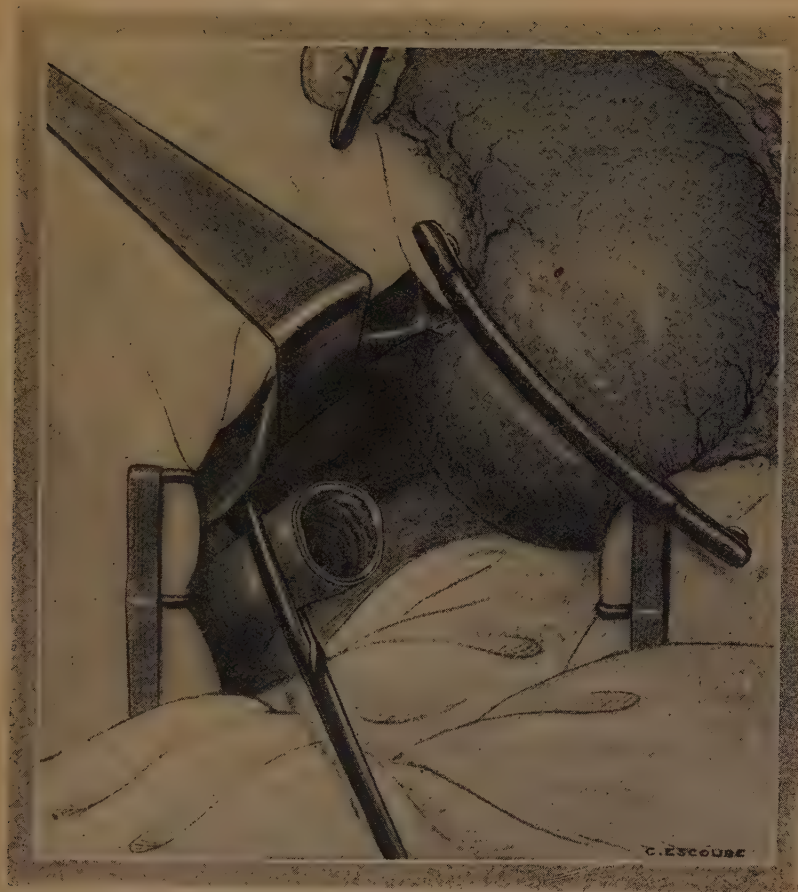


FIG. 1: — Le duodénum est sectionné et l'estomac rabattu vers la gauche.

— *Premier quart* : l'opérateur pique par sa face séreuse le milieu de la paroi duodénale la plus rapprochée de lui. Dans le cas habituel d'un opérateur placé à droite, c'est la face antérieure du duodénum. Il dirige son aiguille, en piquant toujours de la séreuse vers la muqueuse, du côté du bord supérieur du duodénum et, l'ayant rejoint ou même franchi, l'aiguille chargée du fil en ramène un chef (chef n° 1).

— *Pour le deuxième quart* : on pique par sa face muqueuse, le milieu de la paroi duodénale opposé, *i. e.*, la paroi postérieure et on se dirige également vers le bord supérieur où le chef n° 2 du fil de lin est chargé sur l'aiguille et ramené ainsi au milieu de la paroi postérieure.

— Ce chef n° 2 est repris par l'aiguille cheminant de muqueuse à séreuse, depuis le bord inférieur de l'organe jusqu'au milieu de sa face postérieure. Il finit donc son trajet en sortant par la face muqueuse au niveau du bord inférieur.

— Enfin, on exécute le *quatrième quart* de séreuse à muqueuse, en partant du bord inférieur pour rejoindre l'orifice de sortie du chef n° 1 qui est ramené de la sorte au niveau du bord inférieur, dont il s'échappe par sa face séreuse. Les deux brins ressortent respectivement, de part et d'autre de la paroi duodénale sur des faces opposées. Ceci permet une meilleure invagination de la muqueuse, et un opérateur entraîné peut en supprimer l'ectropion.

En somme, nous pourrions résumer ce temps en disant que le chirurgien piquera chacune des deux faces, d'abord en son milieu, en commençant par celle dont il est le plus près. Dans tous les cas, il dirigera son aiguille de sa droite vers sa gauche, en piquant toujours d'arrière en avant (par rapport à lui). Quelques schémas le montreront mieux, avec une simplicité qu'il était difficile de donner à ce texte.

Le duodénum ainsi préparé et toujours clampé est recouvert par un champ et provisoirement abandonné.

Ligature et section de la coronaire stomachique : On ne se préoccupera que de faire une résection suffisante. Le rac

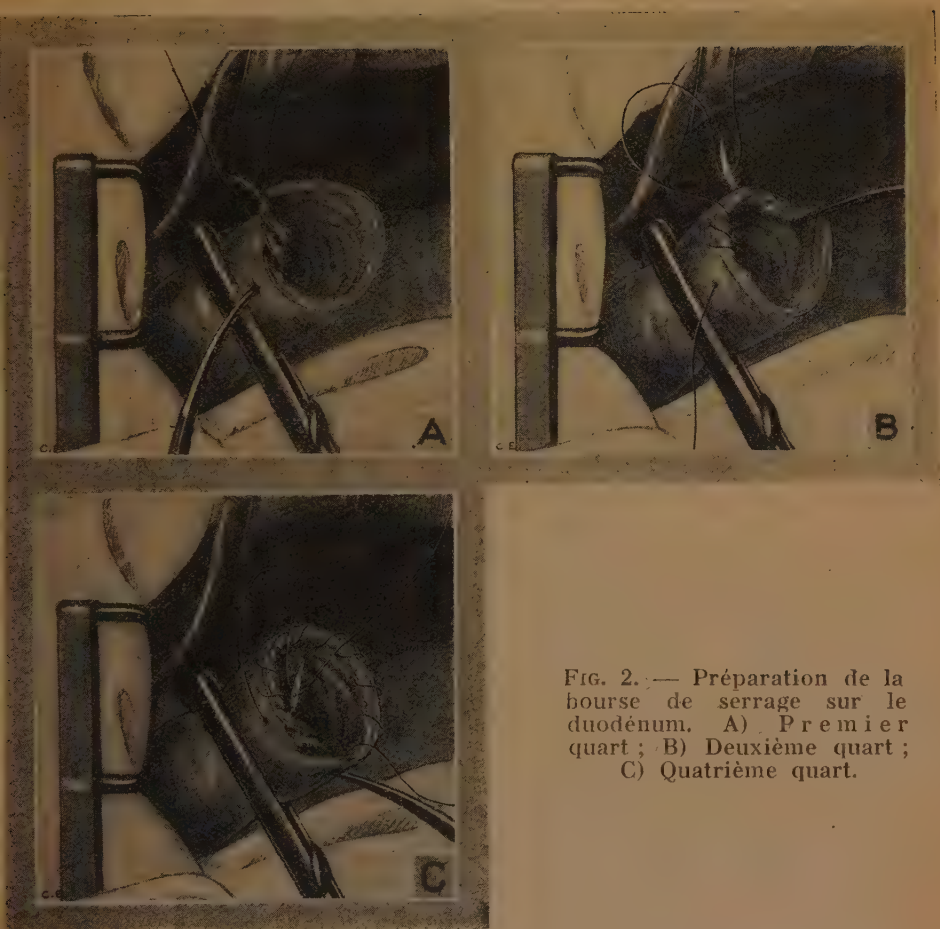


FIG. 2. — Préparation de la bourse de serrage sur le duodénum. A) Premier quart ; B) Deuxième quart ; C) Quatrième quart.

cordement duodéno-gastrique est toujours réalisable, pourvu que le duodénum soit en bon état et ait été correctement libéré.

On pratique la section de l'estomac sur un clamp de Cunéo, de Braine ou de Banzet, en clampant la partie distale de l'organe entre l'index et le médius gauches, pour éviter de refouler la muqueuse vers le lieu de la section. On ferme alors, à partir de la petite courbure, la partie haute de la tranche de section gastrique comme dans un Finsterer, et en bord à bord. Il faut s'arrêter à plus de 5 cm de la grande courbure. Le surjet musculo-séreux doit finir à un demi centimètre de la terminaison du surjet muqueux.

Il reste ainsi, sur la tranche de section gastrique, une bouche dont le diamètre doit être notablement supérieur à celui du duodénum et, à fortiori, de l'élément mâle du bouton qu'elle est destinée à recevoir. Ce point est très important pour éviter la constitution d'une sténose.

Fauçilage de la bourse sur la bouche gastrique : De la même façon que pour le duodénum.

Pose de la moitié mâle du bouton : C'est elle qu'on utilisera du côté gastrique, parce que la moindre épaisseur de sa cheminée permet une application plus exacte de la paroi gastrique.

Ayant saisi l'estomac avec deux pinces de Chaput, on retire le clamp sous couvert de l'aspiration. La moitié mâle du bouton, repérée par une Terrier, est engagée dans la lumière de la bouche et confiée à l'aide. Il tient en même temps les deux pinces de Chaput qui lui permettront de faciliter l'action du chirurgien pendant le serrage de la bourse. Celle-ci devra appliquer aussi exactement que possible les parois gastriques sur la cheminée du bouton. Cela fait, l'aide, sans cesser de tenir le bouton par l'intermédiaire de la pince, ayant enlevé les deux Chaput, saisit dans les mors d'un Terrier à la fois la cheminée du bouton et le nœud, pour éviter qu'il ne se desserre avant que ses deux chefs soient



FIG. 3. — *En haut* : les deux bouches sont prêtes à recevoir les éléments du bouton. — *En bas* : A) L'élément mâle est posé du côté gastrique ; B) Pose de l'élément femelle du côté duodénal.

noués une seconde fois. On noue les deux brins une troisième fois et on les coupe au ras du nœud.

La bonne exécution de ce temps dépend surtout d'un tour de main pratiquement indescriptible, mais qu'il nous semble facile d'acquérir. Avec un peu d'habitude, on arrive à limiter à peu de chose l'ectropion muqueux. On le réduira avec le bec d'une sonde cannelée, et on n'hésitera pas à ébarber aux ciseaux, ce qui dépasse de muqueuse, de façon à obtenir, lors du serrage du bouton, un large adossement sérieux.

Pose de l'élément femelle dans le bout duodéal : De la même manière. Ce temps est plus facile.

Implantation gastro-duodénale : On a laissé en place les pinces de Terrier qui servaient de repère aux deux éléments du bouton. Le chirurgien, regardant franchement en direction des pieds de l'opéré, embrasse le duodénum de son quatrième et de son cinquième doigts gauches glissés sous le bouton et dirigés de haut en bas. Cependant que l'index et le médius gauches agissent de même du côté gastrique de la bouche. Au moyen des deux pinces-repères, dont il incline les anneaux vers le rachis, l'aide rapproché les deux éléments de l'anastomose qu'il amène l'un en face de l'autre. Le chirurgien les emboîte et les serre ensuite vigoureusement et régulièrement sur tout leur pourtour par l'intermédiaire d'une compresse.

On peut compléter ensuite l'anastomose par une couronne de points séro-séreux, ce qui donnerait une sécurité supplémentaire. Lorsque l'indication a été posée correctement, il nous paraît que ce temps est inutile.

Variante. — Nous l'avons parfois exécutée.

Elle consiste simplement, pour pouvoir laisser moins longtemps en place le clamp duodéal, dans le souci de ménager le plus possible la vascularisation du duodénum, à mettre en place l'élément femelle avant de passer au temps gastrique. Il faut alors protéger la cavité péritonéale contre l'écoulement du liquide intestinal au moyen d'une sonde de Nélaton de faible calibre, passée à la façon d'un lien sous le

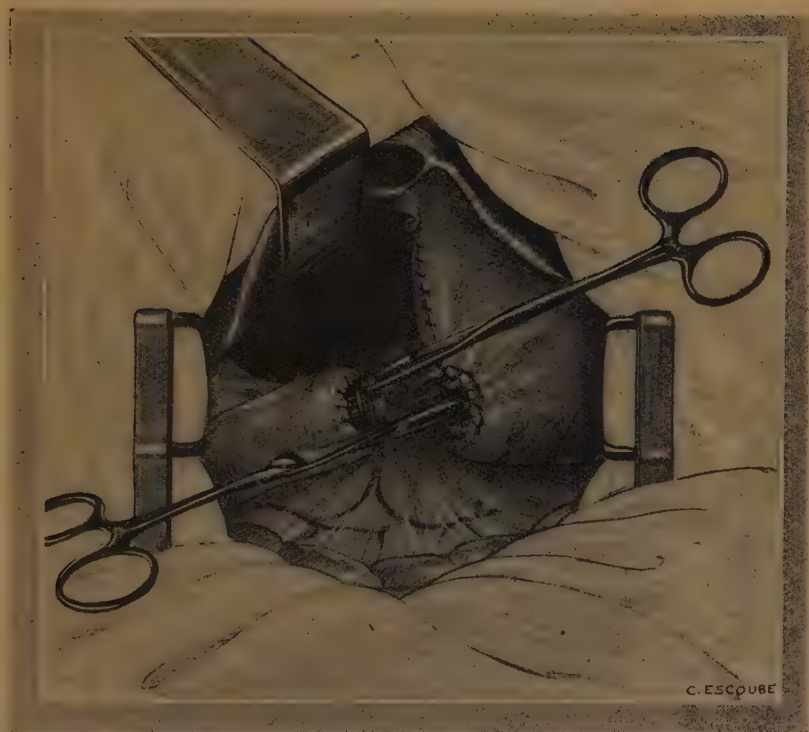


FIG. 4. — Les deux éléments sont amenés l'un en face de l'autre pour être emboîtés.

bouton, autour du duodénum, et serrée modérément par une pince de Terrier, qui servira, en outre, de repère. Ce dispositif paraît moins traumatisant que le clamp métallique, encore que nous n'ayons jamais éprouvé d'inconvénients résultant de ce dernier.

On peut aussi utiliser une compresse encapuchonnant le bouton et serrée autour du duodénum par une pince de Chaput. Mais cet artifice est d'exécution très délicate.



FIG. 5. — Serrage des deux moitiés du bouton. En cartouche, aspect de l'anastomose terminée.

RÉSULTATS IMMÉDIATS

Nous avons eu à déplorer neuf décès. Ce chiffre est important, car il correspond à un taux de mortalité de 6,6 %. Qu'il nous soit permis, cependant, de faire remarquer que notre statistique a été fortement grevée par des accidents que l'expérience nous a appris à éviter. Nous croyons utile de les relater fidèlement.

OBS. NS 11. — M. G... Louis, 50 ans.

Sténose du pylore et ulcère gastrique.

Opéré le 27-3-46. On trouve :

1° un double ulcère duodénal, adhérent au pancréas ;

2° un ulcère de la petite courbure gastrique.

Gastrectomie passant au delà des lésions, après une libération duodénale laborieuse. Le duodénum paraît en mauvais état. Pose du bouton défectueuse, nécessitant plusieurs tentatives.

Suites immédiates : peu agitées, la température redescendant lentement de 38° à 37° en cinq jours.

Le 6-4-46 : l'opéré accuse des douleurs abdominales brusques survenant vers 14 h. 30 et régressant spontanément.

Le 7-4-46 : les douleurs reprennent suivant le mode de la veille, mais avec beaucoup plus d'intensité. Elles s'accompagnent d'arrêt des gaz, de nausées et de contracture pariétale. Ces symptômes décident à réintervenir.

Réopéré le 7-4-46 : on trouve une désunion complète de l'anastomose, qui n'est plus représentée que par un pont de tissus postérieurs, plaqués sur le pancréas. Il s'agit apparemment d'une nécrose duodénale. Le bouton est tombé dans le moignon gastrique.

Décès.

OBS. N° 21. — M. P... Emile, 34 ans.

Malade depuis 1941. Traité médicalement sans résultat.

Opéré au Val-de-Grâce en juin 1945 : gastrectomie. Ulcus pep-

tique révélé par une perforation le 5 mars 1946. Opéré d'urgence : suture.

Opéré le 19-6-46 : libération de nombreuses adhérences. Libération de l'ancienne bouche. Lors de la première opération, il a été fait seulement une pylorectomie économique. Exploration du moignon duodénal qui paraît utilisable pour un Péan. Dégastro-entérostomie enlevant l'ulcère. Fermeture du jéjunum en deux plans transversaux. Péan au bouton de Villard.

L'ulcère peptique est sur l'anse afférente, au-dessus de la bouche.

Suites immédiates : la température s'élève dès le lendemain. Le malade paraît très fatigué. Le deuxième jour, la température atteint 40°. On ne constate, cliniquement, aucun symptôme d'atteinte pulmonaire. L'abdomen est souple comme la veille, et le malade ne se plaint de rien. On décide de lui administrer 200.000 unités de pénicilline.

Décès dans la nuit du 21 au 22.

Pas de vérification, car opposition (art. 64).

OBS. N° 43. — M. S... Joseph, 47 ans.

Malade en cours de traitement médical, pour ulcère duodénal. Début à 4 heures du matin, le 30 octobre 1946, d'un syndrome de perforation. A reçu, à 7 h. 30, une injection de 1 cg de morphine et de 1/2 mg d'atropine. Un second médecin a constaté, à 8 h. 30, un « ventre de bois ».

Examiné dans le service à 10 h. 30, il présente effectivement une contracture pariétale généralisée. Malade paraissant capable de supporter une gastrectomie.

Opéré le 30-10-46, à 10 h. 45.

Ulcère pylorique perforé siégeant sur la face antérieure du versant duodénal. Il existe des adhérences postérieures au pancréas, dues à un deuxième ulcère. Gastrectomie large de gauche à droite, et duodénectomie rétrograde. L'estomac contient un liquide crémeux et blanchâtre (bismuth probablement). Péan au bouton de Villard.

Suites immédiates : malade très fatigué. Elévation thermique progressive sans rémission, avec état de collapsus. L'examen n'aurait montré aucun signe abdominal et fait conclure à un décès par shock (le 1-11-46).

Vérification le 2-11-46 : L'abdomen contient une quantité importante de pus. Lâchage complet de l'anastomose. Le bouton tient entièrement et solidement à l'estomac. Le duodénium rétracté est difficile à retrouver.

En conclusion, mort par péritonite généralisée, due au lâchage de l'anastomose, le duodénum œdémateux s'étant spontanément sectionné au niveau du bouton.

OBS. N° 47. — M. D... Joseph.

Porteur d'un ulcère du pylore (?), il a été opéré en 1928 (gastro-entérostomie). Trois mois après cette intervention, il recommence à souffrir. Les douleurs auraient présenté les mêmes caractères qu'avant l'intervention.

En février 1946, les douleurs reparaissent et durent depuis lors sans rémission. Les radios montrent :

- 1° une bouche de gastro-entérostomie ;
- 2° une déformation permanente et très importante du duodénum.

Opéré le 13-11-46.

On trouve une bouche de gastro-entérostomie postérieure transmésocolique. Sur son versant jéjunal, on perçoit une induration étendue, avec une adénopathie jéjunale en regard. On pense donc à un ulcère peptique.

De plus, il existe un ulcère duodénal, très loin à droite (4 cms du pylore) et très adhérent en arrière au pancréas et, en haut, aux voies biliaires. Dé gastro-entérostomie laissant en place le fond de l'ulcus peptique. Suture transversale du jéjunum en deux plans, bord à bord.

La libération du duodénum est très malaisée; on l'obtient par duodénectomie rétrograde, au prix d'une déchirure de la paroi postérieure en regard de l'ulcère. Restauration de la paroi duodénale par deux points en X. En tentant de faire un plan de couverture séro-séreux, on n'arrive qu'à déchirer le péritoine, et on abandonne ce projet.

Suites immédiates : très bonnes jusqu'au lendemain, à 12 h. 15, où, brutalement, le malade accus une sensation subite de suffocation, suivie d'une vive douleur épigastrique.

A l'examen : douleur à la palpation de la moitié droite de l'abdomen, avec contracture sous le rebord costal. Pas de douleur de Douglas. Demi-heure plus tard, douleur et contracture généralisées à l'abdomen, douleur au toucher rectal.

Réintervention immédiate, sous anesthésie locale.

En relevant le couvercle hépatique, on provoque l'issue de liquide, ressemblant à du suc gastrique mêlé de bile. Le bouton est en place, à gauche de la ligne médiane, et le duodénum tient bien au contact de l'estomac. Mais on remarque une petite brèche duodénale au niveau de la partie supérieure et

postérieure de l'anastomose, entourée d'une zone noire. Le cathétérisme paraît dangereux.

On recouvre la zone suspecte en rapprochant, par des points séparés, la paroi duodénale saine de la face antérieure de l'estomac. Epiplooplastie. Toilette du péritoine, sulfamides locaux, drainage et mise en œuvre d'une aspiration par le drain. Nous eûmes alors le tort de ne point installer une aspiration intragastrique, et aussi de n'avoir point terminé l'opération par une jéjunostomie.

Suites immédiates : le malade est ramené dans son lit dans un état très grave, pouls à 140, mais tension artérielle à 15-10. Après une amélioration passagère, l'état ira s'aggravant progressivement, sans contracture abdominale, ce qui n'a rien de surprenant chez ce malade à bout de forces, et la mort survient dans la nuit du 19 au 20 novembre, dans un tableau de collapsus péritonéal.

OBS. N° 59. — M. L... Georges.

Opéré le 17-4-47. Ulcère du bulbe perforé et suturé il y a quelques mois. On libère facilement les adhérences superficielles, moins facilement les profondes autour de D1. Gastrectomie large. Péan au bouton de Villard. Plaie superficielle suintante de la rate, qui oblige à laisser trois mèches à son contact.

Réopéré le 23-5-47. Occlusion haute. Il s'agit d'une adhérence qui fixe le grêle à la coupole diaphragmatique gauche, en avant de l'angle splénique. Un mètre de grêle très dilaté. Libération et mèches.

Décédé quelques jours plus tard. Rien à l'anastomose.

OBS. N° 63. — M. R... Henri.

Opéré le 23-6-47 : hématomas massives. Il existe sur l'estomac une cicatrice blanche à la face antérieure de la petite courbure. Dans l'estomac, à 2 cm de la cicatrice, un petit polype.

Péan au bouton de Villard.

Examen histologique : ulcère ouvrant un vaisseau dans la sous-muqueuse.

Décédé trois jours plus tard : rien à l'anastomose.

OBS. N° 75. — M. Ga...

Opéré le 31-12-47. Cancer de la grande courbure propagé à la rate et à l'épiploon pancréatico-splénique. Gastrosplénectomie. On enlève aussi la queue du pancréas.

Décès 48 heures plus tard. Rien à l'anastomose.

OBS. N° 135. — Mme P..., 64 ans.

Opérée le 9-8-47 : gastrectomie Péan au bouton de Villard pour ulcère de la partie moyenne de la petite courbure. *Duodenum court.*

Dans les jours qui suivent, syndrome de péritonite.

Réintervention : duodénum nécrosé au niveau du bouton.

Décès le 21-8-47.

OBS. N° 136. — M. R...

Opéré le 23-1-48 : cancer du pylore avec métastases dans le pied du pédicule hépatique. Enorme estomac de stase. Gastrectomie palliative.

Péan au bouton de Villard.

Ainsi, sur neuf décès, quatre sont imputables à la désunion de l'anastomose (obs. 11, 43, 47 et 135). Il est possible que le malade de l'obs. 21 ait également succombé à une pareille complication. L'absence de contracture abdominale n'a pas une valeur absolue chez cet homme qui était résolument cachectique au moment de l'intervention, mais cet état peut aussi justifier un décès post-opératoire sans le besoin d'un désordre local. Il est regrettable que l'opposition à l'autopsie ne nous ait pas permis de vérifier ce point.

L'analyse des autres décès ne nous intéresse qu'en ce qu'elle dégage l'anastomose au bouton de toute responsabilité, et leur étude sort du cadre de notre travail.

De la lecture de nos observations, il ressort clairement que, dans les cas envisagés, le mécanisme de la mort fut identique : péritonite généralisée par nécrosé duodénale. Et, en effet, il est particulièrement impropre de parler à propos de cet accident de lâchage de l'anastomose.

Chez les opérés des obs. 11, 43 et 47, nous avons constaté que, dans l'interstice entre les deux éléments du bouton, on trouvait, au contact du tissu gastrique, un anneau de tissu duodénal. Le duodénum était sectionné de façon nette au niveau du corps de l'élément femelle. Toutes les fois que nous sommes réintervenues, nous avons noté que :

— l'anastomose siégeait à gauche de la ligne médiane, et qu'elle n'était le siège d'aucune tension perceptible. Ceci ne

s'applique pas à l'obs. 135, malade de ville, dont nous ne vîmes pas la réintervention. Cette femme présentait un duodénum court qui vint difficilement en contact avec l'estomac.

Les trois autres présentaient des lésions très comparables, siégeant sur le duodénum qui était œdédié, calleux, en mauvais état. Muni de ces éléments, nous pouvons avoir une opinion assez nette sur les indications et contre-indications de la méthode.

Il nous avait paru, lorsque nous avons entrepris cette série d'interventions, que la condition primordiale qu'exigeaient les auteurs était de pouvoir bien rapprocher le duodénum de l'estomac. Ils paraissent attacher beaucoup moins d'importance à l'état anatomique du duodénum quand ils écrivent :

« Lorsqu'à la simple périoduodénite s'ajoutent les callosités d'un ulcère chronique volumineux, il faut commencer à libérer les tractus nacrés qui divergent vers le pédicule hépatique. »

Et, plus loin :

« Lorsqu'une niche pénètre le pancréas, au cours du décollement, tout se passe comme pour un ulcère de la petite courbure, dont le fond reste adhérent au pancréas, tandis que la libération du duodénum dessine la perforation de l'ulcère dans la paroi intestinale décollée. »

(SANTY et COLSON, *Lyon Chirurgical*, t. 38, p. 24.)

Certes, un opéré est mort d'une brièveté duodénale qu'une libération poussée très loin aurait peut-être compensée. Nous ne saurions en parler, n'ayant pas l'habitude d'un tel geste, tout au moins pour préparer une anastomose gastro-duodénale. Nous jugeons simplement préférable, dans de tels cas, de renoncer au Péan. Mais cette éventualité est assez rare (deux fois sur 136 cas).

On peut aussi nous objecter que les malades des obs. 11, 43 et 47 ont été opérés par de jeunes chirurgiens, qui, aux prises avec une libération duodénale difficile, l'ont obtenue dans des conditions suffisantes, certes, pour refermer le bout

duodénal en vue d'une implantation gastro-jéjunale, mais se sont trouvés en présence de tissus assurément impropres à l'opération de Péan. Cependant, on aurait tort d'attribuer la totalité de cette insuffisance aux manœuvres de dissection, car, dans un de ces trois cas, la libération fut obtenue sans aucun traumatisme.

Il nous semble donc que le rôle essentiel dans la destinée de l'anastomose est joué par l'état anatomique du duodénum, et que celui-ci dépend avant tout de la lésion sur laquelle on intervient. En effet, dans tous les cas autres que ceux que nous citerons comme étant à nos yeux des contre-indications, on obtint sans peine un duodénum parfaitement mobilisable, se laissant aisément rapprocher de l'estomac, quelle que fût l'étendue de la résection gastrique, et cela sans avoir eu recours au décollement duodéno-pancréatique.

Nous croyons que la tension sur l'anastomose disparaît rapidement. Il se produit un état d'équilibre dû au glissement spontané du bloc duodéno-pancréatique. Nous sommes bien tentés de croire que ce glissement sera fortement gêné si toute cette région ou sa partie postérieure seulement sont le siège d'une réaction inflammatoire. Mais nous pensons plutôt que ces tissus fragiles supportent aussi mal le bouton que la suture, en dépit des apparences.

AUTRES COMPLICATIONS

Les sténoses de la bouche

Ce n'est pas le moindre des reproches qui sont adressés à l'opération de Péan, que d'exposer à la sténose tardive ou précoce de la bouche d'anastomose. Nous n'avons pas rencontré jusqu'ici de sténose tardive mais nous avons, par contre, observé quatre cas de sténose précoce. Dans chacun de ces quatre cas, on peut trouver à l'origine de l'accident post-opératoire une faute de technique ou d'indication. L'erreur technique fut vite corrigée et, depuis, nous n'eûmes plus à déplorer de sténoses dues à cette cause. La seule qui survint par la suite était manifestement le résultat d'une mauvaise indication opératoire. Si bien qu'il ne nous paraît pas, à voir nos résultats éloignés et à comparer nos radiographies à celles publiées par d'autres auteurs, que le bouton, lorsqu'il est judicieusement employé, expose plus que la suture à la survenue d'une telle complication.

Les reproches qui sont mérités par le bouton utilisé pour la confection d'anastomoses latéro-latérales, ne semblent pas devoir s'appliquer aux anastomoses termino-terminales que nous avons réalisées.

Voici nos quatre observations de sténoses précoces :

OBS. N° 9. — M. L... Etienne, 63 ans.

Opéré le 27-3-46. Gastrectomie pour volumineux ulcère duodénal, s'étendant sur les deux faces de D1 et adhérent en arrière au pancréas. Libération du duodénum jusqu'au genu superius. Le fond de l'ulcère reste en place. Par-dessus lui, anastomoses type

Péan au bouton de Jaboulay. Au cours de l'intervention, le mésocôlon est blessé, mais la partie du côlon en regard est normale.

Suites immédiates : excellentes.

Les huit premiers jours après sa sortie de l'hôpital, il va bien, ne souffre plus et reprend du poids.

Puis il commence à vomir : vomissements liquides, bruns, abondants, ne contenant jamais de débris alimentaires et survenant quatre heures après le repas de midi. Ils ne s'accompagnent jamais de douleurs. La constipation et l'amaigrissement apparaissent.

A l'examen, malade amaigri, abdomen un peu météorisé. Ne souffre nulle part. Rien à la palpation, ni à la percussion.

L'examen somatique complet ne montre rien d'autre.

Tubage gastrique le 13-5-46 : ramène une importante quantité de liquide brunâtre, fluide, ne contenant pas d'aliments.

Chimiquement : anachlorhydrie, mais acidité totale importante.

Examen radioscopique : estomac distendu; le bas-fond du moignon gastrique atteint la ligne bis-iliaque; la couche de baryte est surmontée d'une couche de liquide de stase. Le passage ne commence que trois minutes après l'ingestion. Il se fait par un défilé qui reste constamment étroit pendant toute la durée de l'observation. Le cadre duodénal paraît considérablement élargi.

En résumé, sténose certaine de la bouche.

Le lendemain, infiltration splachnique accompagnée de chute tensionnelle, sans résultat.

On décide alors d'intervenir avant que le malade ne soit trop amaigri.

Réintervention le 24-5-46 (deux mois après la gastrectomie).

Le moignon gastrique est de taille satisfaisante, non distendu. Une gastrotomie antérieure permet d'explorer la néostomie. Très rétrécie, elle admet à peine le bec d'une pince de Kocher. La muqueuse duodénale et gastrique se continuent pratiquement sans solution. A peine perçoit-on un liseré linéaire.

Stomatoplastie en deux plans.

Suites immédiates : excellentes. Alimentation reprise normalement. Mais le malade éprouve la nécessité de faire de petits repas. Il reprend visiblement du poids. Sort le 15^e jour pesant 51 kilos.

Revu le 19-7-46. Bonnes digestions, plus de pesanteur à l'épigastre, plus de douleurs ni de vomissements. Pèse 55 kilos, confort gastrique satisfaisant.

Revu le 23-9-46. Va bien, ne souffre pas, poids : 55 kg. 500.

Questionnaire du 16-3-49 : N'y répond pas, par négligence, ce que montre l'enquête de l'Assistante Sociale.

Enquête du 10 mai 1949 : Se déclare satisfait du résultat obtenu, a repris encore du poids, sans précision quantitative. Mange bien, avec un bon confort gastrique.

OBS. N° 14. — M. K... André, 63 ans.

Poids : 45 kilos Ulcère gastrique haut situé sur la petite courbure.

Opéré le 24-4-46.

Ulcère de la petite courbure haut situé, perforé dans le foie. Gastrectomie en gouttière. Aucune difficulté particulière. Suture de la gouttière en deux plans par des points en X. Péan au bouton de Villard.

Suites immédiates : poussée bronchitique cédant au traitement.

Bouton rendu le 5-5-46, soit le 11 jour^e.

Revu en août 1946, se plaignant de vomissements. Il dit s'être très bien porté pendant un mois environ.

Au bout de ce délai, progressivement, s'installe une gêne post-prandiale caractérisée par une sensation d'étouffement, de striction à la base du cou. Il commence à vomir, d'abord après le repas du soir, puis, rapidement, après chaque repos. Il s'agit d'une sténose de la bouche, puisque l'examen radioscopique montre l'absence de tout passage au bout d'un temps d'observation assez long.

L'amaigrissement est considérable.

Réintervention le 8-8-46 : sténose de la bouche. Continuité parfaite des deux muqueuses gastrique et duodénale. Stomatoplastie, par suture transversale.

Sort guéri opératoirement le 20^e jour. Poids : 43 kg. 450.

Revu le 28-9-46. Va bien, bon confort gastrique, mais ne fait pas encore de gros repas. Poids : 50 kg. 750.

Au cours de notre dernière enquête, nous avons appris que cet opéré était mort le 3 janvier 1949 sans qu'il nous soit donné de renseignements sur les causes de ce décès.

OBS. N° 18. — M. L. B... Jean, 35 ans.

Opéré le 18-5-46.

Péan au bouton de Villard, pour ulcus juxta-pylorique de la grande courbure, répondant exactement à l'image radiologique.

Suites immédiates : excellentes.

Bouton éliminé à une date indéterminée.

Revu le 13-8-46 : il a maigri de 7 kilos et présente un syndrome radio-clinique et de sténose de la néostomie.

Il a eu un intervalle libre de huit jours entre sa sortie de l'hôpital et l'apparition des troubles fonctionnels. La sténose paraît s'être constituée progressivement. On conseille l'opération.

Réopéré le 29-8-46.

Stomatoplastie, incision longitudinale, suture transversale. La sténose était serrée, la bouche parfaitement tapissée de muqueuse.

Examen histologique de la pièce (résection très limitée de la bouche à cette fin).

Muqueuse légèrement inflammatoire. L'orientation de la coupe ne permet pas de suivre la muqueuse d'un bout à l'autre. Dans le tissu sous-jacent, tissu conjonctivo-vasculaire et muscle normaux.

Revu le 18-11-46. Depuis sa deuxième opération, a repris 9 kilos et pèse actuellement 58 kilos. Il mange à peu près normalement et ne se plaint d'aucun trouble fonctionnel. Confort gastrique à peu près total. Il ne vomit pas et va régulièrement à la selle. La seule manifestation qu'il accuse est un point douloureux dans la région chondro-costale gauche pour lequel l'examen complet ne fournit aucun renseignement. Il a repris son travail.

Réponse au questionnaire du 16-3-49. Se déclare très satisfait du résultat de l'intervention. A repris une alimentation normale à deux repas par jour. Mange comme avant d'avoir été malade et a repris son poids normal de 60 kilos.

Obs. n° 76. — M. D... Raymond.

Opéré le 2-1-48. Ancien ulcus perforé du duodénum. Libération assez difficile en raison des adhérences. Petit ulcus peu induré avec traces de la suture. Péan au bouton. La première mise en place du bouton sur le duodénum est manquée. On remet le bouton en place avec difficulté. Libération duodénale poussée loin.

Ce malade a été réopéré le 5-7-48 par le nouveau chef de service, M. Raymond Bernard.

7-5-48. Sténose de la bouche. Symphyse de l'étage sus-mésocolique. Libération assez difficile de l'anastomose, très élevée et très à gauche de la ligne médiane, intimement adhérente à la partie inférieure du lobe gauche du foie. Celle-ci saigne. La sténose a sans doute été la conséquence d'un lâchage partiel.

1° Séparation gastro-duodénale. Enfouissement du duodénum en trois bourses. D2 est dilaté, mais modérément.

2° Fermeture en trois plans de l'ouverture gastrique. Son utilisation pour l'anastomose est contre-indiquée par son éléva-

tion et son enroulement. Elle aurait laissé un bas-fond sur la petite courbure.

3° Gastro-jéjunostomie sur la petite courbure, trans-mésocolique.

Sur de tels éléments, nous pouvons fonder une opinion valable au sujet des sténoses après l'opération de Péan au bouton.

CONDITIONS D'APPARITION. — Quoique manquant de renseignements sur la constitution de la complication dans notre quatrième cas, on peut, en le collationnant avec les trois exemples précédents, conclure qu'il s'agit probablement d'une sténose précoce à développement progressif.

De plus, il nous a été donné de constater qu'elle est survenue chez un malade opéré par un chirurgien peu expérimenté, qui n'aurait pas dû effectuer sa première opération de Péan en présence d'un duodénum maltraité par une libération d'ailleurs poussée très loin, contrairement aux habitudes du service. Nous tenons d'autant plus à insister sur ce dernier point, que la mobilisation duodénale ainsi obtenue ne semble pas avoir mis l'opéré à l'abri d'un lâchage partiel de l'anastomose, comme l'indique le compte rendu de la seconde intervention.

Nous concluons donc que, dans chacun de nos cas de sténose post-opératoire, une faute a été commise en cours d'intervention. Dans les observations n° 9, 14 et 18, la faute était de ne réserver sur l'estomac qu'une place insuffisante pour l'insertion du bouton. Théoriquement, le calibre de la bouche après expulsion du bouton doit être le même pour tous les cas, puisque sa chute est conditionnée par l'escharre qu'il détermine. Les faits ont démenti cette façon de voir, sans qu'il nous ait été possible d'y trouver une explication satisfaisante. A partir du moment où nous avons adopté la technique « bouche large », nous n'avons observé d'autre sténose que notre quatrième cas, dans lequel une complication plus grave aurait pu sanctionner une mauvaise indication.

SYMPTOMES. — Le début se manifeste au bout de huit jours à un mois, après un intervalle libre absolument constant, et la sténose s'installe de façon progressive. Des deux signes cliniques qui l'accompagnent, les vomissements ne sont caractéristiques que par la notion de l'intervalle libre qui les a précédés, et leur aggravation progressive. Quant à l'amaigrissement, il a une très grande valeur, s'il est rapidement progressif, et permet surtout de mesurer le danger que courraient de tels malades en l'absence de réintervention.

Peut-on décider celle-ci sur les seuls symptômes cliniques? Il ne nous le semble pas. Le chirurgien ne prendra donc aucune décision sans le secours de l'examen radiologique. Nous avons dû nous borner à examiner nos opérés à la radioscopie, un délai de deux mois étant souvent nécessaire à l'obtention des clichés, en milieu hospitalier. La radioscopie nous a permis, chaque fois, de poser de façon ferme le diagnostic de sténose. On constate, en effet, au bout d'un temps d'observation assez long, que rien n'est passé dans le duodénum, si ce n'est, parfois, quelques grammes de baryte, qui ont réussi, au bout de plusieurs minutes, à s'infiltrer à travers un défilé filiforme. Deux heures plus tard, il reste dans l'estomac, si le malade n'a pas vomi, la presque totalité du repas opaque.

Nous ne saurions trop insister sur le caractère indispensable de cet examen, car il serait dangereux de perdre du temps avec des traitements d'épreuve médicamenteux.

Une condition fondamentale de la production de la sténose étant la chute du bouton, il est nécessaire de s'assurer de celle-ci par un examen sans préparation. Mais il faut bien savoir que la découverte du bouton sous écran — ou mieux, à la radiographie — n'est qu'une objection au diagnostic de sténose que si l'on est bien sûr qu'il est resté, au niveau de l'anastomose.

En effet, ROCHET et MICHAUT rapportent une observation de chute du bouton dans l'estomac, qui fut suivie de sténose. C'est la seule observation de ce genre que nous ayons rencontrée dans la littérature.

LE TRAITEMENT CURATIF de cette complication consiste à

réintervenir le plus tôt possible, en s'aidant de tous les adjuvants nécessaires en cas d'altération marquée de l'état général.

On pratiquera une stomatoplastie large, aux dépens du duodénum comme du moignon gastrique ; il n'est généralement pas utile de réséquer de tissu au niveau de la zone étranglée.

LE TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE que nous avons appliqué à partir de notre observation n° 23, nous a très vite pleinement rassurés sur l'avenir de nos anastomoses. Il faut éviter de ménager, sur le côté gastrique de la bouche, un espace insuffisant. 5 centimètres nous paraissent un minimum, et nous interrompons toujours la fermeture de la tranche gastrique à 6 centimètres de la grande courbure. Depuis lors, nous n'avons plus eu à déplorer de sténoses, si ce n'est notre cas n° 4, dont nous avons montré plus haut le mécanisme particulier dû à une mauvaise indication de la méthode.

Les rétentions du bouton au niveau de l'anastomose

C'est une complication observée surtout dans les gastro-entérostomies au bouton de Jaboulay. Elle a été signalée également dans les suites de l'opération de Kocher-Santy.

Nous l'avons rencontrée deux fois.

Si l'étude de nos observations montre la possibilité d'évacuations tardives du bouton, il faut également savoir qu'il est des circonstances qui ne lui laissent aucune chance de se décrocher de l'anastomose. Il y est retenu, en effet, dans certains cas, par un diaphragme de tissus non nécrosés, par la faute d'un serrage défectueux. L'image radiologique, lorsqu'on peut l'obtenir, est particulièrement démonstrative. Nous reproduisons un cliché qui révèle que le bouton n'avait pas été serré régulièrement sur tout son pourtour. A l'intervention, on trouva un bourrelet de tissus organisés qui mainte-

naient le bouton en place, empêchant toute possibilité de progression.

OBS. N° 14. — M. G... Alexandre, 50 ans.

Opéré le 29-4-46. Ulcère duodénal. Adhérences fixant le duodénum au foie. Des brides plus fortes cravatent le bord supérieur du duodénum juste au-dessous du pylore, le fixant au foie. Gastrectomie large, Péan au bouton de Villard.



FIG. 6. — Sur une vue de profil on aperçoit l'irrégularité de serrage qui a provoqué la rétention du bouton.

Revu le 24-6-46 : nous est adressé par son médecin, pour rétention du bouton. Il mange actuellement sans éprouver de douleurs, à condition de faire de petits repas. Dès que le volume des aliments ingérés est trop considérable, il éprouve une sensa-

tion de pesanteur gastrique qui l'oblige à vomir pour être soulagé. Ces troubles ne rappellent en rien les douleurs qu'il ressentait avant d'être opéré. On décide d'attendre.

Le 7-10-46. Ne souffre pas. A repris 2 kilos depuis le mois de mai et pèse actuellement 67 kg. 500. Fait de petits repas sans présenter aucun trouble fonctionnel. Intolérance aux gros repas, avec vomissements.

Le 18-11-46. On a l'impression que les troubles s'accroissent. Les vomissements ne sont plus liés au volume des repas. On fait une radiographie qui montre un bouton mal serré dont on conseille l'ablation.

Réopéré le 22-11-46. Nombreuses adhérences dans la région épigastrique. Incision longitudinale de la bouche. On constate que le bouton, qui semble desserré, n'a pas nécrosé une partie du bourrelet gastro-duodénal. (Dans la partie du bouton mal serrée, la nécrose s'est produite, suivie de l'élimination des tissus, ce qui donne l'impression de desserrement.)

Stomastoplastie transversale au catgut en deux plans bord à bord.

Questionnaire du 16 mars 1949. Le malade ne vomit plus, se déclare satisfait du résultat de l'opération et pèse 70 kilos, alors que son poids normal (avant la maladie ulcéreuse) était de 72 kg.

OBS. N° 61. — M. C... René, 35 ans.

Opéré le 7-5-47. Péan au bouton pour ulcère duodénal.

Questionnaire du 16 mars 1949. N'est pas satisfait du résultat.

Accuse des vomissements et des nausées, avec sensation de pesanteur à l'épigastre. A repris 5 kilos et pèse 70 kilos (poids normal : 82 kilos).

Revu le 13-5-49. On constate sous écran que le bouton est resté en place au niveau de l'anastomose. On ne peut préciser s'il est irrégulièrement serré. Après une tentative infructueuse de taxis, on décide le malade à se faire opérer. Il doit être hospitalisé à cette fin le 17 mai 1949.

L'on voit bien que la rétention du bouton est une vraie complication, puisqu'elle empêche le confort gastrique et gêne la reprise pondérale. Des troubles plus graves ont même été signalés, à propos, il est vrai, du bouton de Jaboulay (J.-J. HERBERT, *Académie de Chirurgie*, 24 févr. 1943 : Bouton de Jaboulay utilisé pour une gastro-entérostomie).

Il convient de remarquer que les rétentions sont infiniment moins à craindre avec un bouton utilisé pour une anastomose termino-terminale, car il est soumis à l'action du péristaltisme, qu'avec un bouton employé dans une anastomose latéro-latérale, où il n'est soumis qu'à l'action de la pesanteur.

Un serrage consciencieux permet en pratique toujours d'éviter la rétention, à condition de couper à ras du nœud les brins du fil en bourse. Laissés longs, ils risquent, en effet, de contracter des adhérences en dehors de la zone vouée à la nécrose.

En présence d'un bouton qui tarde à s'éliminer, est-il possible de déterminer exactement ses chances d'évacuation spontanée ? On peut toujours l'espérer au bout de quelques mois. Un de nos opérés a même rendu son bouton le 253^e jour

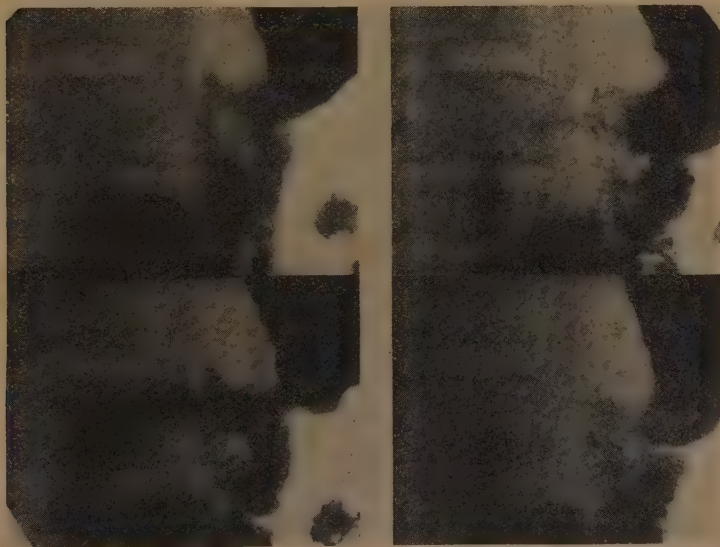


FIG. 7. — Après ingestion de baryte le bouton resté en place risque de passer inaperçu (Obs. 16).

après l'intervention. En pratique, tout dépendra de la tolérance de l'organisme. Si aucun trouble important ne résulte de cette rétention, on peut légitimement différer toute inter-

vention pendant huit ou neuf mois. Par contre, si des troubles digestifs se manifestent, et si l'opéré ne reprend pas de poids, ou si la radio montre un bouton mal serré, on aura intérêt à réintervenir, mais jamais avant le troisième mois.



FIG. 8. — Le bouton est par contre très visible si l'estomac est vide (Obs. 16). (Ce bouton a été éliminé spontanément au bout de trois mois.)

Chute du bouton dans l'estomac

Nous avons rencontré un exemple de cette complication, dont M. SANTY fait mention dans son article de 1943.

OBS. N° 52. — Mme B... Eugénie, 63 ans.

Opérée le 19-12-46.

Cancer antro-pylorique. Ganglions sous-pyloriques, ganglions dans la petite courbure, jusque dans la faux de la coronaire. Gastrectomie très haute. On coupe au ras de l'œsophage. Section de la coronaire très haut. On enlève en bloc tout l'ensemble, y compris les ganglions pyloriques. Péan au bouton de Villard.

Réopérée le 26-4-47. Laparotomie sur l'ancienne cicatrice, où il existe une petite éventration. Très nombreuses adhérences. Libération. On finit par repérer la bouche gastro-duodénale. Elle est à gauche de la ligne médiane. Tout se passe comme si un décollement duodéno-pancréatique et un glissement vers la gauche s'étaient faits spontanément depuis l'intervention.

Au premier abord, on ne sent pas le bouton. On finit par le repérer au fond de la grosse tubérosité gastrique. On le fait descendre et on l'extraît, par une petite gastrotomie, qu'on referme en trois plans. Dans le bouton, on remarque des traces de muqueuse en voie de sphacèle.

Nous n'avons pu avoir d'autres renseignements sur les circonstances qui avaient déterminé cet accident, découvert fortuitement au cours d'un examen radiologique pratiqué pour rechercher si le bouton s'était éliminé.

SUITES OPÉRATOIRES

En dehors des décès que nous avons cités, les suites opératoires ont été remarquables par leur simplicité et le confort que ressentait les opérés.

Jamais nous n'avons éprouvé le besoin d'une aspiration continue post-opératoire, et nous avons toujours pu autoriser la reprise de l'alimentation dans de très courts délais.

Dès le lendemain de l'intervention, le malade est calme, n'offrant pas l'aspect d'un opéré de la veille, et en dépit des excellents résultats que procuraient dans le service les gastrectomies selon Polya, la comparaison était de loin à l'avantage de l'anastomose gastro-duodénale au bouton. Ce fait a profondément frappé les médecins qui nous avaient confié leurs malades.

L'opéré peut quitter généralement le service le 7^e ou le 8^e jour post-opératoire; toutefois, dans un certain nombre de cas, où nous avons refermé la paroi en un plan, nous avons gardé nos opérés dans leur lit jusqu'à l'ablation des fils, du 16^e au 21^e jour, selon les cas. La prolongation de leur séjour n'a été commandée que par le souci d'une bonne reconstitution pariétale.

La chute et l'élimination du bouton se produisent dans des délais variables, à partir du 6^e jour. Il faudra donc, à partir de ce jour-là, surveiller les selles de l'opéré. S'il n'a pas émis le bouton au moment de quitter le service, on lui recommandera de continuer chez lui cette surveillance. Et quelques-uns se plieront à cette discipline.

Il peut arriver que divers phénomènes marquent le décrochage du bouton.

— le plus souvent, de simples douleurs vagues et fugaces, parfois à type de coliques ;

— quelquefois, un épisode diarrhéique ;



FIG. 9. — Habituellement on observe comme sur le cliché ci-dessus une bouche large et située au point déclive.

— enfin, cet événement normal peut s'inscrire par un crochet léger sur la courbe thermique.

Le lendemain, en général, on retrouve le bouton dans les

selles, encore que, dans certains cas, il puisse être retenu quelque temps dans le rectum. Mais, dans tous nos cas, le bouton a parcouru sans encombre le tractus digestif.

Le plus souvent, l'épisode n'est marqué par aucun fait saillant. Les opérés n'ont pas remarqué la chute du bouton



FIG. 10. — Chez deux de nos opérés on peut voir un léger bas-fond dont nous reproduisons un exemple.

et sont persuadés de l'avoir retenu. Fréquemment, en ce cas, l'interrogatoire montre dans les suites opératoires, après une période de légers troubles au moment des repas, l'apparition d'un confort gastrique subit, s'accompagnant d'une augmen-

tation pondérale nette. Ceci permet déjà de penser que ce changement est dû à l'élimination du bouton, ce que confirme l'examen radiologique.

Les dates limites de l'élimination sont, chez nos opérés, le 6^e et le 253^e jour post-opératoires. En pratique, sauf de très rares exceptions, les boutons sont rendus du 12^e au 21^e jour.

Le bouton éliminé, l'examen radiologique renseigne sur le volume du moignon, son remplissage et son évacuation, sur la morphologie et le comportement duodénaux. Les examens que nous avons pratiqués nous-mêmes et l'étude des clichés qui ont été obtenus confirment, à propos de cette technique, ce qui a été déjà publié au sujet des anastomoses gastro-duodénales.

Nous tenons surtout à mettre l'accent sur le fait que, très rapidement, le duodénum se défend contre l'irruption brusque du repas opaque. Au bout de quelques semaines, la bouche est parfaitement continente, l'évacuation rythmée, et l'on voit se dessiner un pseudo-bulbe, à gauche de la ligne médiane.

Sur les sujets que nous avons examinés deux à trois ans après la gastrectomie, nous avons constaté des ondulations péristaltiques nettes, quoique peu profondes. L'anastomose est large et nous l'avons toujours trouvée au point déclive, sauf dans deux cas, et en état de réplétion gastrique.

Ce prétendu bas-fond gastrique n'occasionnait aucun trouble fonctionnel et, 45 minutes plus tard, il ne restait dans l'estomac plus trace de baryte.

Enfin, nous voulons terminer sur un reproche que certains auteurs adressent au bouton :

« D'un point de vue théorique, l'anastomose au bouton est passible de tous les reproches qui ont été faits à la méthode d'écrasement. Le sphacèle par écrasement de la paroi intestinale est, en effet, le mécanisme normal de la chute du bouton. D'où cicatrice irrégulière du côté muqueux, d'où, en cas d'anastomose pour ulcus gastrique, apparition possible d'un ulcus peptique, d'où aussi, de temps en temps, oblité-

ration de la bouche. » (J. QUÉNU, in *Traité de technique chirurgicale*, 1942-44, t. IV, p. 290.)

Il nous semble, en effet, que ces reproches sont purement théoriques. Ces irrégularités ne sont le fait que de boutons mal serrés, qui, à cause de cela, ne sphacèlent point les tissus et ne s'éliminent pas. Au contraire, dans les cas où le serrage a été effectué de façon convenable, on obtient une cicatrice linéaire, souple, à peine visible à l'œil nu, comme en témoignent nos réinterventions pour sténose.

Quant à l'ulcère peptique, nous n'en avons point observé un seul.

CONTRE-INDICATIONS

Nous n'envisagerons pas ici celles qui sont tirées de l'état général.

Nous déduisons facilement les contre-indications de la méthode de l'analyse de nos échecs. Nous sommes convaincus qu'avec une technique correcte, on peut éviter les accidents et les incidents, en sachant restreindre, dans de justes limites, les indications de cette opération. Car, dans tous les cas où les accidents ont pu être imputés à ce mode d'anastomose, nous avons retrouvé, à l'origine, une faute de technique ou d'indication.

Nous pouvons donc résumer ainsi les contre-indications de la gastro-duodénorraphie au bouton, qui exigent :

1° transit duodénal libre en aval de la lésion;

2° et aussi que le duodénum soit, après sa libération, en très bon état, bien vascularisé et bien péritonisé, de parois souples.

Ceci nous amène à rejeter l'emploi de la technique dans tous les cas de :

— *ulcères duodénaux calleux* ou avec réaction scléro-œdémateuse importante ;

— *gastrectomie d'urgence pour ulcère perforé* duodénal, ou pylorique, ou, d'une façon générale, proche du lieu où doit porter l'anastomose ;

— *ulcères situés trop à droite* et risquant d'entraîner une résection à la limite de l'artère gastro-duodénale et de la portion sous-péritonéale du duodénum ;

— *les duodénums trop étroits* : ils sont, le plus souvent, le fait de la périoduodénite ou de la sclérose. Ils entrent, alors, dans une des catégories précédentes, de même que les duodénums à parois minces.

Toutefois, dans les cas où manque l'habituelle prémédication à la morphine, on peut être surpris des dimensions apparemment réduites d'un duodénum en réalité normal et parfaitement apte à recevoir un bouton.

Toutes ces contre-indications sont envisagées par MM. D'ALLAINES, LE ROY et DUBOST, dans leur communication à l'Académie de Chirurgie du 8 novembre 1944, à propos des anastomoses à la suture.

Nous y ajouterons la brièveté duodénale.

Et, par surcroît de précaution, nous répéterons que les indications de l'intervention que nous venons de décrire doivent être posées en fonction de l'expérience et de l'habileté de l'opérateur, puisque c'est d'elles, en définitive, que dépendra l'état de la paroi duodénale. Il nous semble que, pour qui ne réussit pas à tout coup une libération duodénale parfaite, sans bavure, les indications de l'anastomose gastroduodénale au bouton devront être posées avec circonspection en présence d'une lésion duodénale non cicatrisée.

RÉSULTATS FONCTIONNELS

Pour l'étude des résultats éloignés, nous ne nous appuyons que sur les dossiers des malades opérés à l'hôpital. En effet, si nous avons pu utiliser les observations des malades de ville pour l'appréciation des résultats immédiats, et si nous possédons à leur sujet une documentation suffisante pour éliminer l'éventualité d'accidents tels que la sténose de la bouche, nous n'avons pu réunir, sur ceux opérés depuis plus d'un an, que des éléments encore trop partiels pour pouvoir établir un bilan fonctionnel. Ce sera l'objet d'une étude ultérieure. Nous nous bornerons donc à donner des indications sur le résultat à longue échéance des opérations que nous avons pratiquées.

Nous avons recherché, à dater du 16 mars 1949, les 80 opérés du service du docteur Louis HOUDARD. Quatre adresses inexactes ou manquantes nous ont empêché de retrouver les intéressés. Deux opérés n'ont pu être rejoints. L'un est rentré en Pologne, en bonne santé, un an après l'intervention, un autre, sans domicile fixe, n'a pas été tout à fait perdu de vue, grâce à la consultation spéciale de gastro-entérologie.

Nous avons adressé à tous nos opérés un questionnaire comprenant 30 questions. 8 opérés n'ont pas répondu. Nous avons fait faire une enquête par l'Assistante Sociale et nous avons pu retrouver 7 de ces cas défailants. Nous connaissons donc le sort de 73 de nos 80 opérés.

Nous avons pu examiner cliniquement et radiologiquement ceux qui se plaignaient de quelque trouble. D'autre part, tous ces malades avaient été revus plusieurs fois dans les mois qui ont suivi leur opération. Il est incontestable que

les résultats fonctionnels sont supérieurs à ceux que révélaient nos précédentes enquêtes sur les gastrectomies du type Polya ou Finsterer (nous entendons le mode d'anastomose et non la gastrectomie pour exclusion).



FIG. 11. — Trois ans après l'intervention la bouche a conservé son calibre initial.

La reprise pondérale n'est pas plus notable. En effet, mis à part ceux qui ont repris leur poids normal, nos opérés pour ulcère gastrique ont repris, en moyenne, 7 kilos 700, le maximum d'augmentation pondérale étant de 15 kilos. 9 ont repris le poids qu'ils accusaient avant les atteintes de la maladie ulcéreuse. Les autres restent, en général, à 2 ou 3 kilos au-dessous, rarement davantage. Aucun n'a maigri depuis l'intervention et 2 sont restés stationnaires, ayant conservé le poids qu'ils avaient à leur sortie du service.

Il est à noter que l'augmentation pondérale est toujours beaucoup plus rapide et plus importante après les gastrectomies pour cancer qu'après celles pour ulcère. Une de nos opérées pour cancer avait une augmentation pondérale de 23 kilos en un an. Et un autre cancéreux, dont la guérison se maintient depuis trois ans, a repris 20 kilos.

Nous avons eu le regret de rayer de la liste des bons résultats fonctionnels la plupart des cancéreux que nous avons revus en bon état au bout de quelques mois, car nous n'avons obtenu que trois survies de 3 ans.

Ce qui fait la valeur des résultats fonctionnels de l'opération de Péan, c'est le confort gastrique qu'elle procure.

Quatre opérés n'ont pas exprimé sur le questionnaire de satisfaction du résultat ; deux d'entre eux ont repris leur poids normal et mangent comme avant d'avoir été malades. Un autre est une femme, qui présentait un double ulcère duodénal, indiscutable, et qui est atteinte maintenant de maladie de Basedow. Le dernier, enfin, va être opéré prochainement pour une rétention du bouton (obs. n° 61).

Nous avons classé parmi les résultats médiocres des personnes qui se déclarent satisfaites du résultat, parce que nous avons jugé que les troubles fonctionnels qui persistaient chez elle étaient trop importants.

Nous avons donc obtenu, pour 80 gastrectomies :

— 2 mauvais résultats : il s'agit de deux malades gastrectomisés à tort, sur une erreur de diagnostic ;

— 4 résultats médiocres ou moyens ;

— 46 bons résultats ;

— 5 résultats inconnus ;

les autres étant morts, soit d'une récurrence ou métastase cancéreuse, soit d'une affection intercurrente sans rapport avec la gastrectomie.

Nous ferons exception pour un malade en traitement actuellement pour tuberculose pulmonaire. Nous ne croyons pas qu'il faille établir de relation entre l'intervention et cette maladie, vu le long délai qui les a séparées et vu la fréquence de la tuberculose. De tous les gastrectomisés que nous avons revus, aussi bien dans d'autres séries que dans celle que nous présentons, c'est le seul cas de tuberculose pulmonaire chronique que nous avons constaté.

OBSERVATIONS

Légende :

U.P.C. : Ulcère de la petite courbure.

U.G.C. : Ulcère de la grande courbure.

U.P. : Ulcère du pylore. U

U.D. : Ulcère du duodénum.

K. : Voir observation.

(V.O.) : Cancer.

Hématémèse. : malade opéré d'urgence pour hématomémèse massive et répétée.

<u>N^{os}</u>	<u>Dates</u>	<u>Lésion</u>	<u>Particularités</u>	<u>Résultat</u>
1	8-3-46	UPC + UD		Bon.
2	12-3-46	U.D.		Bon.
3	13-3-46	K		D.C.D. plus d'un an plus tard.
4	15-3-46	U.P.C.		Bon.
5	15-3-46	U.D.		Bon.
6	16-3-46	U.P.C.		Bon.
7	22-3-46	U.D.	Troubles digestifs et nerveux associés.	Médiocre.
8	27-3-46	U.D.	Sténose post-opér.	Bon.
9	27-3-46	U.D.	Bouton de Murphy.	Bon.
10	29-3-46	U.P.		Bon.
11	5-4-46	2 UD + UPC	Péritonite post-opératoire (V.O.).	Décédé.
12	19-4-46	U.P.C.	Opéré d'urgence pour hématomémèse.	Bon.
13	24-4-46	U.P.C.	Sténose post-opératoire (V.O.).	D.C.D. 3 ans + tard, cause indéterminée.
14	29-4-46	U.D.	Rétention du bouton (V.O.).	Bon.
15	8-5-46	U.D.	Opéré 3 m. après perforation suturée d'urgence.	Bon.
16	14-5-46	U.P.C.		Bon.
17	18-5-46	U.G.C.	Sténose post-opérat.	Bon.
18	23-5-46	U.P.C.		Bon.

<i>N^{os}</i>	<i>Dates</i>	<i>Lésion</i>	<i>Particularités</i>	<i>Résultat</i>
19	24-5-46	U.P.C.	Ant. opérée d'un K. du sein. Hypertendue.	D.C.D. 1 an plus tard.
20	15-6-46	U.D.		Bon.
21	19-6-46	U. Peptique antérieurement	après gastrectomie perforé et suturé.	D.C.D.
22	25-6-46	U.D.		Bon.
23	27-6-46	U.D.	R.A.S. pt vue gastrique. Actuellement en trait. pr tuberculose pulm.	
24	29-6-46	K		D.C.D. 20 mois + tard.
25	10-7-46	U.P.C.		Bon.
26	19-7-46	U.P.C.	Opérée d'urgence pour hématomène. Hypertendue et sujette à des poussées de mal. de Bouillaud.	Bon.
27	24-7-46	U.P.C.		Bon.
28	3-8-46	U.P.	Bon résultat à plusieurs mois de distance. A été actuellement hospitalisé. Enquête en cours.	
29	6-8-46	U.P.C.	Petits troub. psychiques. S'obstine à manger le moins possible.	Moyen (pas augment. poids).
30	7-8-46	U.P.C.		Bon.
31	8-8-46	U.P.		Bon.
32	28-8-46	U.P.		Bon.
33	28-8-46	ulcère duodénal (?)	Erreur de diagnostic. Femme pithiatique.	Mauvais.
34	11-9-46		N'a pas répondu au dernier questionnaire. En 1947, résultat bon.	Bon.
35	11-9-46	K		Bon.
36	13-9-46	U.D.	Rentré en Pologne.	Moyen en avril 1947.
37	15-9-46	U.D.		Bon.
38		U.P.C.	Diabétique.	Bon.
39	18-10-46	U.D.	Erreur de diagnostic.	Mauvais.
40	22-10-46	U.D.		Bon.
41	23-10-46	U.D.		Bon.
42	26-10-46	3 U.D.		Bon.

<u>N^{os}</u>	<u>Dates</u>	<u>Lésion</u>	<u>Particularités</u>	<u>Résultat</u>
43	30-10-46	2 U.D.	dont un perforé en péritoine libre (V. O.).	D.C.D.
44	2-11-46	Sténose du pylore. Ulcère géant de la portion horiz. de la P.C. Pas d'ex. hist.		D.C.D. un an + tard d'infarctus du myocarde.
45	6-11-46	U.D.	Antérieurem. per- foré et suturé.	Bon.
46	8-11-46	U.D.	Sans domicile fixe. R e v u quelques mois plus tard en bon état.	Bon.
47	13-11-46	U. peptique + U.D.	(Voir obs.)	D.C.D.
48	28-11-46	UD + UPC		Bon.
49	29-11-46	U.D.	Pseudo bas-fond à la radio.	Bon.
50	6-12-46	K		D.C.D. 2 ans + tard.
51	14-12-46	U.P.C.		Bon.
52	19-12-46	K	N'a pas répondu au questionnaire de mars 1949. Chute bouton dans esto- mac.	
53	20-12-46	U.P.	Antér. perforé et suté, pseudo bas- fond.	Bon.
54	22-1-47	K		D.C.D. 11 mois plus tard.
55	29-1-47	U.P.		Bon.
56	7-2-47	U.P.		Bon.
57	11-2-47	K		D.C.D. 3 mois plus tard.
58	19-2-47	U.P.C.	Bouton retenu 253 jours et évacué spontanément.	Bon.
59	17-4-47	U.D.	Ancienn. perforé et suté. (Voir obser- vation.)	D.C.D. d'occlu- sion mécanique post-opératoire.
60	22-4-47	K		D.C.D. 9 mois plus tard.
61	7-5-47	U.D.	Rétention du bou- ton. Sera opéré le 18-5-47.	
62	16-5-47	K		D.C.D. un an plus tard.
63	23-6-47	U.P.C.	Hématémèse.	D.C.D.
64	15-8-47	U.P.	Adresse inconnue. A quitté le service guéri opératoirement.	Inconnu.

<i>N^{os}</i>	<i>Dates</i>		<i>Particularités</i>	<i>Résultat</i>
65	16-8-47	K		Bon.
66	1-10-47	K		Bon.
68	4-10-47	U.P.C.		Bon.
69	22-10-47	U.P.C.	Adresse inconnue.	Inconnu.
70	7-11-47	U.P.C.	Adresse inconnue.	Inconnu.
71	8-11-47	U.P.C.		Bon.
72	1-12-47	K	N'a pas répondu au quest. de mars 1948.	Inconnu.
73	3-12-47	U.D.		Bon.
74	11-12-47	K		Bon.
75	31-12-47	K	Gastrosplénectomie + pancréatectomie gauche.	D.C.D.
76	2-1-48	U.D.	Antérieurement perforé et suturé. Sténose post-opératoire.	
77	2-1-48	K		D.C.D. 3 mois plus tard.
78	9-1-48	2 U.D.		Médiocre.
79	9-1-48	U.P.C.		Bon.
80	10-1-48	U.D.		Bon.

Les observations suivantes concernent des malades opérés en ville. Il ressort tout de suite que les résultats immédiats sont infiniment meilleurs que parmi les malades opérés à l'hôpital.

Tous les opérés dont nous allons maintenant rapporter la référence ont quitté la Maison de Santé en bon état, opératoirement guéris. Nous possédons, à leur sujet, des éléments d'information suffisants pour éliminer l'éventualité d'accidents post-opératoires, tels que la sténose de la bouche. Mais nous ne possédons que des documents encore trop partiels pour pouvoir établir un bilan des résultats fonctionnels. Ce sera l'objet d'une étude ultérieure. Mais ces observations font la preuve qu'entre les mains de chirurgiens expérimentés, l'opération de Péan au bouton donne une sécurité très satisfaisante.

<i>Obs. N^{os}</i>	<i>Dates</i>	<i>Lésions rencontrées</i>
81	19-3-46	U.D.
82	23-3-46	U.P.C. + U.D.
83	28-3-46	U. peptique + U.D.
84	2-4-46	U.P.C.
85	16-5-46	Cancér.
86	24-6-46	U.D.
87	27-6-46	U.D.

<i>Obs N°</i>	<i>Dates</i>	<i>Lésions rencontrées</i>
88	6-8-46	Tumeur de l'estomac.
89	6-9-46	U.D. Duodénum court.
90	19-9-46	U.P.C. calleux.
91	15-10-46	U.P.C.
92	24-10-46	Syndrome radio-clinique de cancer au début, sans lésions macroscopiques. Gastrectomie de principe, très large. Histol. : pas de cancer.
93	12-12-46	Fistule gastro-jéjuno-colique, avec ulcères peptiques étagés sur 10 cm. de jéjunum (cet opéré avait subi antérieurement une gastrectomie économique).
94	21-12-46	Ulcère calleux du 1 ^{er} duodénum, antérieurement opéré de gastro-entérostomie.
95	11-1-47	Cancer gastrique.
96	11-1-47	Cancer gastrique.
97	23-1-47	U.D.
98	6-2-47	Pas de lésion visible. Duodénite sur la pièce.
99	27-2-47	Ulcère sous-cardiaque de la P.C. + U.G.C.
100	20-3-47	U.P.C. Hémathémèses.
101	27-3-47	U.D.
102	5-4-47	U.P.C. géant.
102 bis	5-4-47	Tumeur du pylore.
103	27-5-47	Cancer du pylore.
104	12-6-47	Ulcère pylorique perforé en péritoine libre.
105	24-6-47	Ulcère peptique sur gastro-entérostomie.
106	7-8-47	U.P.
107	18-10-47	Cancer du pylore.
108	23-10-47	U.P.C.
109	2-10-47	U.D.
111	9-12-47	U.P.C.
112	11-12-47	Cancer.
113	23-12-47	Cancer.
114	27-12-47	Cancer.
115	14-11-47	U.D.
116	20-1-48	U.D.
117	9-5-47	U.P.C.
118	9-4-47	U.P.C.
119	28-11-47	U.D.
120	2-11-46	U.P.C. + U.D.

<i>Obs N^{os}</i>		<i>Lésions rencontrées</i>
121	3-2-48	U.D.
122	11-2-48	U.P.
123	10-2-48	Ulcère pylorique perforé en péritoine libre.
124	7-4-48	U.P.C.
125	17-6-48	Cancer.
126	3-6-48	U.P.C.
126 bis	3-6-48	U.P.C.
127	11-5-48	U.P.C.
128	8-5-48	Syndrome radio-clinique de cancer gastrique au début. Gastrectomie de principe. Histologiquement, cancer au début.
129	3-9-48	U. peptique sur gastro-antérostomie.
130	30-9-48	U.D.
131	23-10-48	U.P.C.
132	16-11-48	Cancer.
133	13-1-49	U.P.C.
134	8-2-49	U.P.C.

Deux opérés sont morts :

135	9-8-47	U.P.C.
136	23-1-48	Cancer.

CONCLUSIONS

1° Nous avons étudié 136 cas de gastrectomie selon le procédé que nous avons décrit. Nous avons relevé :

— 9 décès ;

— 127 guérisons opératoires, dont 4 furent suivies de sténoses curables.

2° Nous pensons avoir montré que :

— 5 décès sur 9 ne sont pas imputables à ce procédé d'anastomose ; les 4 autres proviennent d'une mauvaise indication ;

— Les 4 sténoses ont été le résultat d'une erreur opératoire ;

— Tous ces accidents sont évitables par une connaissance exacte de la technique et de ses indications.

On peut donc attendre d'excellents résultats de cette méthode de gastrectomie, à condition de l'exécuter dans les limites que nous avons fixées dans ce travail.

Vu : *le Président*,
J. SÉNÈQUE.

Vu : *le Doyen*,
BINET.

Vu et permis d'imprimer : *le Recteur*,
SARRAILH.

BIBLIOGRAPHIE

Elle sera très réduite, en raison du petit nombre de travaux publiés sur la question. Nous ne retiendrons, en effet, que ceux qui ont strictement trait à la gastrectomie selon Kocher au bouton. Toutefois, nous avons cru devoir faire figurer dans cette courte notice des travaux publiés de façon générale sur les anastomoses à la Péan, que nous avons utilisés au cours de notre travail.

De plus, nous mentionnerons pour mémoire quelques textes portant description des accidents survenus du fait de l'utilisation du bouton de Jaboulay pour anastomoses latéro-latérales, simplement pour bien montrer que nous n'avons pas méconnu cet aspect du problème.

1° Gastrectomie au bouton.

Gastrectomie terminée par anastomose gastro-duodénale, par SANY et COLSON. *Lyon Chirurgical*, 1943, p. 20, t. 38.

Id. Thèse R. CHATTOT, Lyon, 1942. .

A propos de 60 gastrectomies type Kocher au bouton pour ulcère, par C. ROMAN et V. PALLUEL, in *Lyon Chirurgical*, t. 39, p. 506.

Etude anatomique d'une anastomose gastro-duodénale au bouton de Villard, après une gastrectomie type Kocher, par ROCHET et MICHAUD, in *Lyon Chirurgical*, 1943, t. 38, p. 389.

Gastrectomies d'urgence pour ulcères perforés, par P. MARION, in *Lyon Chirurgical*, t. 43, p. 370.

2° Accidents du bouton anastomatique, utilisé pour la gastrectomie.

Rétentions : ROCHET et MICHAUD, *loc. cit.*

Sténoses : *Ibid.*

Péritonites : ROMAN et PALLUEL, *loc. cit.*

3° Opération de Péan.

Discussion à l'Académie de Chirurgie, t. 70, p. 356-362; t. 72, pages 212, 213-307.

D'ALLAINES et DUBOST. *J. C.*, 1945, t. 61, X, p. 165.

La gastrectomie du point de vue chirurgical, par A. GOFFAERTS, *Acta Belgica G. E.*, 1946, vol. X, p. 408.

Le duodénum des gastrectomisés, par GRIMOUD, *Lyon Chirurgical*, 1948, t. 43, p. 271.

Partial Gastrectomy, in the War Years, par C.A. SCHOEMAKER, *Surgery Gynecology and Obst.* 1949, vol. 88, p. 447.

4° Accidents observés lors de l'emploi du bouton de Jaboulay pour les gastro-antérostomies.

Nous citons quelques références des cas qui ont contribué à faire, au bouton anastomotique, une mauvaise réputation. Ces exemples ont été recueillis au hasard ; ils suffisent à montrer qu'il n'existe aucun lien entre les accidents qu'ils décrivent et les suites des gastrectomies au bouton telles que nous les avons étudiées :

A propos des rétentions intra-gastriques du bouton anastomotique, par M. CHUREAU, in *Soc. des Chirurgiens de Paris*, t. XXXIV, n° 7-8, séance du 16 juillet 1943.

A propos des méfaits du bouton anastomotique utilisé pour une gastro-entérostomie, par HERBERT, *A.C.*, t. LXIX, p. 96.

Bouton de Jaboulay utilisé pour gastro-entérostomie, par P. MORROUD, in *Mém. Ac. Chir.* 1946, t. 72, n° 34, p. 599.

Bouton de Jaboulay utilisé pour une gastro-entérostomie, par Pierre CAHEN, *A.C.* LXXIII, p. 138.

